Thèse présentée pour le Doctorat de l'Universitée de Strasbourg
Mention : Médecine

Année 1933 *N°* 11

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Mejeris L. JURBORSKIS
né à PRIENAI (Lithuanie) le 16 Août 1903

PROCEDES ACTUELS
DE
L'AVORTEMENT CRIMINEL

Président : M. CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
IMPRIMERIE DE LA BOURSE
1933

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Universitée de Strasbourg
Mention : Médecine

Année 1933 N° 11

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Mejeris L. JURBORSKIS

né à PRIENAI (Lithuanie) le 16 Août 1903

PROCEDES ACTUELS DE L'AVORTEMENT CRIMINEL

Président : M. CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
IMPRIMERIE DE LA BOURSE
1933

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur ..... NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs:

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ I.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	SORREL ✻ STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRE ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BLUM (Paul) O. ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTES ✪ A.
GERY ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ✪ A.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A.
SIMONIN ✻ ✪ A.
VAUCHER ✻ ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M. ✪ A., ROEDERER

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A MON PERE A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance

pour leur grande affection

et leur infini dévouement

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE ET A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVIGNY,

Professeur de Médecine légale,
Médecin-général de l'Armée,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REEB

Professeur de la clinique gynécologique
et d'accouchements.

En reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il m'a témoignée et des conseils précieux qu'il m'a donnés en maintes circonstances.

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements sincères et ma vive reconnaissance.

A MES MAITRES DU JURY

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG

APERCU DU PROBLÈME

Non seulement dans les pays civilisés mais aussi chez des peuplades non cultivées, depuis toujours la question de la reproduction humaine a occupé les esprits de l'humanité, car n'est-ce pas une question qui est aussi intimement liée à la vie des individus qu'à l'existence des états.

Précisément aujourd'hui, peu de temps après la Guerre Mondiale, où les blessures produites par cette même guerre ne sont pas encore cicatrisées, l'état se trouve devant une foule de nouveaux devoirs.

Le sacrifice des plus forts et des plus capables, la misère sociale pendant et après la guerre ont causé un remaniement de toutes les valeurs dans tous les domaines.

C'est donc avec angoisse qu'on se demande comment on arrivera à diminuer ces souffrances et à réparer ces pertes.

C'est donc ainsi que se trouve mis en avant le problème de la reproduction humaine et par là même la question de l'avortement dont la gravité et la difficulté se conçoit facilement.

C'est un des facteurs dont dépend la reconstruction et le renouvellement d'un pays.

Beaucoup de pays aujourd'hui procèdent au remaniement de leur droit pénal qui, pendant de longues années, sanctionnera les différents délits et justement cette circonstance entraîne des conflits passionnés sur ce domaine du droit qui est certainement à l'heure actuelle parmi les plus discutées.

Comme cela est le cas pour tous les autres délits, les différents codes de droit pénal se séparent aussi en ce qui concerne l'avortement (Russie).

Le délit de l'avortement est parmi les plus fréquemment commis et s'il n'est pas toujours sanctionné, cette sanction intéresse cependant le grand public.

Certaines femmes enceintes, ne voulant pas pour certaines raisons amener leur grossesse à terme, sont poussées vers des avorteurs qui leur font courir les plus graves dangers.

Ainsi donc la question de l'avortement a été pour les législateurs un sujet de vives discussions.

Les solutions qu'on a trouvées diffèrent et souvent s'opposent.

A peine si on peut jeter un rapide coup d'œil sur l'énorme littérature qui s'occupe de cette question.

Alors que les uns déclarent que les arrêts du Code pénal n'ont pas de sens du point de vue social, qu'ils sont inutiles et même dangereux, les autres craignent, surtout les milieux médicaux, qu'un relâchement trop large du statu quo ne provoque une augmentation trop forte de l'avortement et un dérèglement des mœurs.

Il importe pour un pays d'augmenter sainement sa population et certains législateurs cherchent à combiner ces intérêts de la communauté avec ceux de l'individu en prenant en considération les conditions économiques des familles ou la santé de la femme.

Et si une interruption de la grossesse est pratiquée sur une indication médicale ou sociale, ils essayent d'établir ce qui doit être considéré comme un avortement criminel dans le sens du droit pénal.

⁂

Tardieu dit qu'on doit comprendre par le terme avortement «l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de viabilité et même de formation régulière. Pour que des poursuites puissent être exercées, il faut que l'expulsion prématurée ait été provoquée dans un but criminel. Dans le milieu judiciaire le mot avortement est synonyme de «avortement provoqué», les avortements naturels sont désignés par le mot «fausses couches».

En France, la pénalité de l'avortement est réglée par l'article 317 du code pénal, ainsi conçu:

«Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, soit par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de réclusion.

«La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.»

D'après l'interprétation traditionnelle de ce texte, il faut une intention criminelle, c'est-à-dire qu'on déclarera coupable de ce crime seulement la personne l'ayant commis ou ayant tenté de le commettre exclusivement dans l'intention de détruire le produit de la conception (Cass., 9 février et 18 octobre 1850, D. P. 1850, 5, 42 et 43).

N'est donc pas coupable d'avortement criminel le médecin qui le provoque d'une façon tout involontaire, notamment par des soins ou une inspection ayant un autre but. Il en est ainsi même au cas d'avortement volontaire, s'il a été fait pour

sauver la mère (Cass. 27 juin 1906, Bull. Cr. 1906, n° 105). Si au crime d'avortement s'ajoute le décès de la femme, le médecin sera, en outre, exposé à des poursuites pour blessures volontaires ayant occasionné la mort (Cass. 2 juillet 1863, D. P. 1863. I. 481).

Au point de vue œuf, la question est discutée de savoir si le sacrifice de l'enfant vivant, au terme de la grossesse, dans l'intérêt de la mère, fait encourir une responsabilité pénale au médecin. Mais s'il y a état de nécessité, le délit ne saurait exister (Art. 64 C. pén.).

Un point particulier qui doit être retenu est le fait que fréquemment dans les affaires d'avortement, les médecins distinguent deux délits bien distincts. Avant le sixième mois, s'il y a eu tentative criminelle, l'avortement est simple, c'est-à-dire que, l'enfant n'étant pas réputé viable, le seul fait d'avoir provoqué l'expulsion prématurée du produit de la conception peut être retenu. Au contraire, passé ce délai, la question peut se poser de savoir si l'enfant a vécu et, dans ce cas, à l'accusation d'avortement criminel peut se joindre un second délit: celui d'infanticide. C'est alors au médecin expert d'envisager la question dans toutes les parties.

Y a-t-il danger à divulguer les procédés d'avortement?

Tardieu, en publiant l'«Etude médico-légale sur l'avortement», s'est attiré le reproche de quelques membres du corps médical d'avoir vulgarisé diverses méthodes employées pour provoquer l'expulsion prématurée du fœtus.

Mais les méthodes abortives, quelle qu'en soit la nature, sont trop connues pour que leur exposé didactique puisse être considéré comme fournissant des armes à ceux qui en font usage. Les agents abortifs sont classiques depuis longtemps, en dehors même du corps médical.

La multiplicité des moyens employés est une source de difficultés pour le médecin expert et trop d'individus, en dehors du monde médical et des professions se rattachant à la médecine, sont au courant des questions se rapportant à l'avortement, pour que leur étude, même approfondie, puisse

être blâmée. Le médecin expert cherche toujours à connaître et à mettre au point les procédés employés par le public, mais le public à son tour s'ingénie de plus en plus pour trouver des procédés nouveaux.

Le Dr. Henri Vignes a fait en décembre 1931, à la Société de Médecine légale la communication suivante:

Une commission spéciale de gynécologues, présidée par le professeur Serge Selitzscy, vient d'étudier en Russie l'emploi des injections de teinture d'iode comme moyen abortif ou comme moyen de prophylaxie anti-conceptionnelle. Dans ce dernier cas, on fait pratiquer les injections deux jours avant le début des règles et quatre jours après leur fin, c'est-à-dire un peu avant le moment de l'ovulation. La presque totalité des membres de la commission, se plaçant au point de vue technique, désapprouvent ce procédé comme agent abortif; la grande majorité le tient comme dangereux en tant qu'agent prophylactique. S. Korobansky, Serdukoff, Sakharoff, Pobedinsky, Rabinowitsch, etc..., considèrent que ces injections ont pour conséquence fréquente l'oblitération des trompes, puis la stérilisation définitive ou la grossesse extra-utérine.

La «doctrine» des avorteurs et avorteuses prudents est de l'employer très précocement après la première absence des règles; ultérieurement, ce sont d'autres procédés qui sont considérés comme plus efficients et plus sûrs. Comme agents de prophylaxie anti-conceptionnelle, il semble que l'injection soit très en vogue dans une colonie étrangère de Paris. Un médecin passe tous les mois deux jours avant la date probable des règles au domicile de chaque abonnée pour pratiquer cette petite opération de sécurité.

Il m'a été donné, dit le Dr. Vignes, de soigner une de ces «abonnées». Il s'agit d'une jeune femme à peu près normale, ayant un léger goître exophthalmique. Elle avait eu un enfant quelques mois plus tôt quand elle redevint enceinte. Ayant vu ses dernières règles du 7 au 11 août, elle vint me consulter le 23 octobre 1930 pour un diagnostic de grossesse. Le 31 octobre elle a fait une fausse couche annoncée par une légère perte de sang et elle expulse un œuf gros comme une noisette,

c'est-à-dire très petit pour la date des dernières règles, un œuf mort depuis longtemps. J'apprends alors qu'au début de septembre, il y avait eu, à la veille de la date des règles à venir, une injection intra-utérine d'iode. L'examen de l'œuf pratiqué par le Professeur agrégé Roger Leroux, indique les caractéristiques anatomiques suivantes: «Dilatation extrême des vaisseaux de la caduque avec multiples hémorragies; — cellules déciduales nettement involuées; en plusieurs points, foyers abcédés à polynucléaires; — villosités placentaires très pauvres en vaisseaux».

Il est vraisemblable que l'injection d'iode a créé des lésions de la muqueuse utérine et que ces lésions ont été défavorables au développement de l'œuf.

Je dois dire que, quelques mois après, cette jeune femme, ne craignant pas le reproche d'inconséquence, est venue me consulter pour stérilité. Un traitement anodin ou le hasard lui ont permis de voir ses vœux exaucés car, actuellement, elle présente depuis plusieurs mois les signes d'une grossesse sans incident.

L'injection est tantôt unique, tantôt répétée lorsqu'elle ne semble pas avoir agi, ou agit trop lentement au gré de l'intéressée. Une seule suffit souvent.

Dans l'immense majorité des cas l'instrumentation, quelle qu'elle soit, n'est pas stérilisée avant usage, elle est manipulée telle qu'on se la procure.

Quels sont les phénomènes remarqués par les avortées au moment des manœuvres qu'elles subissent ou s'imposent?

Les sensations accusées sont variables suivant les cas: tantôt indolores, d'autres fois douloureuses, parfois excessivement. Parfois l'introduction de la canule dans la matrice n'est pas pénible, tandis que l'injection d'eau (chargée d'une substance quelconque) faite aussitôt après, produit une douleur. Cela tient peut-être à la nature du liquide employé (formol).

On peut encore noter un écoulement léger de sang ou de liquide rosé, écoulement qui peut être le seul phénomène remarqué.

La manœuvre s'accompagne parfois, mais plus rarement, de phénomènes généraux: vomissements, sensations de malaise, syncope même.

L'expert devra se rappeler aussi que même la méthode par injections peut laisser des marques de son emploi.

Dans une de ses observations, Tardieu rapporte un cas de ce genre où il y eut «mort par métro-péritonite à la suite d'une injection intra-utérine et où la lèvre postérieure du col de l'utérus présentait une infiltration de sang et un ramollissement, indices d'une violence directe».

Ces lésions étaient dues à la canule qui durant l'injection avait été pour ainsi dire appuyée sur la paroi de la cavité du col.

Dans le même ordre de faits on peut citer l'«interruptin-pommade» que vient d'étudier le professeur E. Sachs.

C'est une pommade contenue dans un tube qui est surmonté d'une canule correspondant à une tige Hégar N° 4 qui permet l'introduction de la pommade dans la voie génitale.

Cette pommade est surtout employée par les médecins allemands pour l'interruption thérapeutique de la grossesse. Au début de son emploi elle jouissait d'une grande faveur, mais l'expérience vient de prouver qu'on doit lui attribuer de nombreux méfaits dus aux complications suivantes: hémorragie, embolie graisseuse et gazeuse, douleurs atroces, infection et intoxication. On relate même plusieurs cas mortels.

D'autre part, nous venons d'apprendre qu'on utilise dans un but abortif la bougie Réthragine [1]), primitivement employée dans le traitement des uréthrites chez l'homme. C'est une bougie longue de 15 cm. hermétiquement enfermée dans un tube en verre. Au moment de son emploi on la place dans un instrument composé essentiellement d'un cylindre et d'un piston. On porte l'ensemble au niveau du col préalablement dilaté et par le jeu du piston on enfonce la bougie à l'intérieur de la cavité utérine où elle se couche en spirale.

---

1) Fabriquée par L. G. Torraude, 22, rue de la Sorbonne à Paris, V^{e}.

La température du corps fait fondre la bougie ce qui provoquerait une congestion de la muqueuse utérine et par là l'expulsion de l'œuf.

Nous avons passé en revue quelques procédés dont le principe consistait en l'application directe de la substance abortive dans la cavité utérine.

Nous citerons maintenant un procédé qui repose, lui, sur l'absorption de la substance abortive. Il s'agit de l'éther tri-ortho-cresyl-phosphorique.

En 1930 a eu lieu, aux Etats-Unis, une épidémie de paralysie des membres inférieurs dus à l'absorption d'extrait de gingembre qui contenait 2% d'éther tri-ortho-cresyl-phosphorique.

M. van Italie vient de signaler à l'Académie de médecine qu'une véritable épidémie de ce genre vient d'être constatée en Yougoslavie. Survenant toujours chez des femmes présentant un début de grossesse, l'auteur avait pu conclure à une intoxication par l'éther tri-ortho-cresyl-phosphorique absorbé dans un but d'avortement criminel. Les manifestations cliniques étaient les suivantes:

Douleurs dans les talons et aux mollets, prurit au niveau des jambes, puis bientôt apparaissait une parésie ou même une paralysie totale des muscles des jambes. Les réflexes achilléens étaient abolis mais celui du tendon rotulien persistait. Enfin la sensibilité paraissait normale.

Pour être complet et dans un intérêt historique, nommons encore les substances réputées abortives: Les unes sont inefficaces, purgatifs et emménagogues, scille, aloës, absinthe, armoise, safran, etc...; les autres très actives mais éminement dangereuses, tuant le fœtus, sabine, if, thuya, tanaisie, rue, phosphore blanc, ou en provoquant la contraction utérine: ergot de seigle. En réalité, s'il est un certain nombre de ces substances qui provoquent sinon à coup sûr du moins fréquemment l'avortement, il n'en est aucune qui ne mette pas en péril les jours de la mère.

Si l'emploi de toutes ces drogues échoue, les femmes ont souvent recours aux autres procédés, p. exp. bains, bains sinapisés, fatigues exagérées, efforts physiques violents (moyens adjuvants plutôt).

De beaucoup les plus fréquents sont les moyens plus efficaces dont les manœuvres sont exercées directement sur l'utérus et son contenu. Cela consiste à atteindre l'utérus gravide en passant par la vulve et le vagin à l'aide d'un instrument spécial qui peut agir lui-même en ponctionnant l'œuf ou à l'aide duquel on injecte un liquide approprié dans l'utérus ou qui dilate simplement le col.

Pour dilater le col on emploie le plus souvent la tige de laminaire qui nécessite l'intervention d'un complice (sage-femme) en ce qui concerne la ponction de l'œuf et l'injection intra-utérine la femme peut bien le faire elle-même à l'aide d'un appareil simple et peu couteux sans intervention d'un complice.

Mais même avec ces instruments simples le danger n'est pas négligeable. Souvent la canule est septique et comme la femme ignore la disposition anatomique des organes génitaux il en résulte des accidents par fausse route.

La plupart des femmes cherchent leur col avec l'index d'une main et font introduire à l'aide de l'autre main et le long de l'index qui se trouve déjà dans la voie génitale l'instrument servant à leur tentative.

Différentes positions sont employées par les femmes. Duclerget cite dans sa thèse l'observation d'une femme qui pour tenter l'avortement plaça entre deux chaises écartées l'une de l'autre un miroir, place la partie inférieure de son corps entre les deux chaises, s'accroupit et en regardant dans le miroir elle fait pénétrer dans la voie génitale un instrument. Le Dr. Audebert cite le cas d'une femme qui s'est fait avorter elle-même vingt-trois fois avec une plume de plumeau.

Les objets les plus disparates ont été utilisés dans ce but; on en a fait des collections dans les musées et laboratoires de médecine légale, mais le plus souvent c'est l'aiguille longue

et surtout l'aiguille à tricoter qui est choisie; la sonde métallique (chirurgicale), sonde et bougie urétrale en caoutchouc souple ou rigide de même que la sonde Nelaton montée sur un mandrin rigide en métal sont employées de temps à autre. De nos jours le procédé le plus moderne est l'injection intra-utérine qui se voit dans la plupart des cas. Elle est pratiquée par la femme elle-même ou par une seconde personne. Cette injection nécessite une instrumentation un peu plus compliquée que la simple ponction. Il faut, en effet, un injecteur et un liquide à injecter.

L'injecteur sera soit l'appareil à injections vaginales, soit une seringue, soit une poire en caoutchouc dont la partie essentielle étant constituée par la canule, qui joue le rôle primordial, car la canule ordinaire à injections vaginales (ou lavement) ne permet pas, sauf à de rares exceptions, d'être introduite jusque dans l'utérus.

Les injections vaginales, si fortes soient-elles comme pression et si répétées, ne peuvent produire à elles seules le déclanchement du travail. Il faut, pour pénétrer dans la matrice gravide une canule assez longue et assez effilée, au début de la gestion au moins.

Les sondes urétrales, surtout de petit calibre, les sondes spéciales des gynécologues et des accoucheurs et sourtout la canule dite «anglaise» sont également utilisables. Cette dernière est une canule droite en os, longue de 15 à 30 centimètres et très déliée; elle peut s'adapter sur presque tous les modèles d'injecteurs, en particulier sur l'énéma et surtout sur les poires en caoutchouc que l'on vend généralement avec elle. Elle remplit les conditions nécessaires pour pouvoir être introduite à travers la cavité vaginale jusque dans l'orifice cervical, on pousse alors l'injection. Elle semble avoir la faveur des femmes qui se font avorter elles-mêmes.

Le liquide employé pour l'injection est presque toujours de l'eau, soit pure, soit additionnée d'une substance à laquelle on prête des vertus spéciales: le vinaigre et le savon sont très en vogue, exceptionnellement le vinaigre est pur. Il semble

que l'addition d'un autre corps à l'eau injectée a peu d'importance, sauf si c'est un caustique ou un irritant.

Il est intéressant de constater que si cette eau est préalablement bouillie dans certains cas, elle ne l'est pas dans la majorité et peut alors apporter avec elle un agent infectieux dans les voies génitales de la femme; la teinture d'iode n'a pas cet inconvénient et elle est très employée dans ces dernières années.

Evolution de l'avortement provoqué.

L'avortement se manifeste par un véritable travail tout comme l'accouchement: contractions utérines douloureuses accompagnées de pertes sanguines d'importance très variable et, lorsque les circonstances sont assez favorables pour en permettre l'observation, écoulement de liquide amniotique: l'aboutissement est l'issue de l'œuf hors de la matrice. Il ne faudrait pas croire pourtant que toute fausse couche évolue toujours de la même façon immuable; la clinique nous montre qu'au contraire rien n'est plus varié que cette évolution; l'âge de la gestation lui imprime d'abord ses caractères spéciaux; l'étiologie lui apporte les siens, en particulier le fait de la provocation.

Un fait bien frappant est la constatation assez fréquente de prodromes, pour l'avortement spontané: il y a souvent des écoulements sanguins d'importance variable, parfois longtemps à l'avance, d'autres fois des douleurs au bas ventre, ou d'autres malaises, qui correspondent sans doute à des lésions, de la caduque en particulier. Tandis que l'avortement criminel entre plus franchement en travail: c'est un œuf sain la plupart du temps qui est surpris brutalement en pleine vie par l'attentat dirigé contre lui.

Le travail débute plus ou moins longtemps après la tentative de provocation, le délai ainsi écoulé variant de quelques instants à plusieurs jours; parfois ce début se confond avec la manœuvre même.

Le travail ne commence pas toujours de la même façon: il y a bien des variantes. Néanmoins on peut dire que tantôt ce sont les douleurs qui dominent, tantôt c'est l'apparition de pertes sanguines assez sérieuses: plus rarement, des coliques utérines assez sérieuses; plus rarement les coliques utérines s'accompagnent d'écoulement sanguin notable sans que l'un de ces deux symptômes efface l'autre.

Il est exceptionnel que le phénomène se limite à l'expulsion ovulaire sans qu'aucun autre symptôme se remarque. Tandis que dans l'avortement provoqué c'est l'apparition des douleurs qui est la première en date, assez souvent contemporaine d'un très léger écoulement sanguin ou plutôt rosé.

Le fait de la provocation ne semble pas modifier les caractères imprimés à la fausse couche par l'âge de la gestation. Au cours des premières semaines et jusque vers deux mois, il y a expulsion de l'œuf en bloc: c'est une vésicule entourée partout de caduque et mêlée de caillots sanguins qui la masquent parfois complètement, surtout lorsqu'elle est encore très petite, à tel point qu'elle peut passer inaperçue; elle est d'ailleurs plus ou moins dilacérée, presque toujours ouverte et on n'y reconnaît pas toujours l'aire embryonnaire.

A partir du deuxième mois environ, le fœtus est différencié ainsi que son cordon ombilical; son expulsion précède le plus souvent celle de l'arrière-faix, l'avortement se faisant ainsi en deux temps.

Plus la gestation s'avance en âge, plus la fausse couche se rapproche de l'accouchement normal par ses caractères. Quant à la durée du travail, elle aussi est très variable. L'expulsion ovulaire, qu'elle se fasse en un ou en deux temps, est loin d'être toujours spontané; dans bon nombre de cas en effet, une intervention est nécessaire pour terminer la fausse couche parce que commencée par une complication; d'autre part, le travail ne débute pas toujours franchement.

En général, on peut dire que le travail est plus lent en cas de crime, en outre lorsque l'avortement se fait en deux temps, l'expulsion placentaire tarde plus en cas de provo-

cation; le laps de temps qui sépare la manœuvre abortive de son résultat effectif varie aussi un peu avec le mode de provocation utilisé.

Avortement dans les autres pays.

Ce n'est pas seulement en Russie que l'avortement est répandu, les autres pays en sont aussi atteints.

A Vienne on estimait le nombre des avortements criminels en 1918 à 30.000. La statistique criminalogique autrichienne compte pour l'année 1919: 55 avortements criminels, en 1920: 160; 1921: 367; 1922: 425; 1923: 619; 1924: 512, tous sanctionnés.

On voit par là que la rigueur des poursuites n'implique pas une diminution du nombre des avortements.

En Hongrie le nombre des condamnations pour avortements criminels était de 44 pour 1921 et de 77 pour l'année 1922. Mais on doit estimer qu'en réalité le nombre des avortements criminels est supérieur à celui indiqué.

En Roumanie en 1921, 11 personnes étaient condamnées pour avortements criminels et en 1923 le nombre était de 15. Donc ici aussi une nette augmentation.

En Italie l'avortement criminel est aussi très répandu. A Naples, paraît-il, existent même des «Instituts» pour avorter.

Pour *New-York* on estime le nombre à 80.000 dont 80 seulement ont entraîné des suites judiciaires.

Au *Japon* et en *Chine* l'avortement criminel est aussi très répandu.

A *Berlin* sur 50.000 grossesses, 15.000 environ se terminent par l'avortement.

Donc l'avortement criminel est répandu dans tous les pays du monde, et les estimations restent certainement au-

dessous de la réalité, puisque l'expulsion de l'œuf a souvent lieu au cours des premières semaines de la grossesse, passant généralement inaperçue.

Dangers et inconvénients de l'avortement provoqué.

L'avortement provoqué, quel qu'en soit le motif, comporte un certain nombre de risques: le risque traumatisme, si habile que soit l'opérateur; le risque hémorragie, le risque infection mortelle et le risque séquelles locales et générales d'infection On peut concevoir cependant qu'à force de précautions, ces risques sont annulés ou, du moins, très diminués.

Un autre problème se pose alors, c'est de savoir si, en soi, l'avortement provoqué n'a pas d'inconvénient physiologique, s'il ne modifie pas de façon fâcheuse les organes génitaux de la femme. C'est ce point que vient d'étudier le professeur Serdjukoff de Moscou, en se fondant sur l'expérience acquise par lui et par les confrères russes au cours des sept dernières années; on sait que, durant ce temps, l'avortement pour causes sociales et morales a été autorisé à condition d'être pratiqué dans des cliniques présentant toutes les garanties techniques nécessaires.

Fréquence des avortements et des accouchements.

Le nombre des avortements à Moscou a augmenté de 7.969 en 1922 à 31.986 en 1926. Le pourcentage des avortements incomplets, qui presque tous sont clandestins, a diminué pendant ce laps de temps. D'autre part, l'extension des avortements provoqués à Moscou n'a pas fait diminuer le nombre des accouchements, lequel a progressé en relation avec l'accroissement de la population: 35.320 en 1922 et près de 60.000 en 1926.

Le nombre des malades soignées dans les hôpitaux de Paris pour des avortements a augmenté dans des proportions

inquiétantes: de 5% à 25% dans le service de Boissard à Tenon, de 25 à 40% dans le service de Doleris à Saint-Antoine. Le Professeur Delbet évalue à 7%, sur le total des malades des hôpitaux parisiens, le nombre des femmes traitées pour avortement.

Motifs des avortements provoqués.

L'«Avortarium» de l'hôpital Dostoiewski a publié un rapport sur les 2.699 avortements provoqués pratiqués en 1925. Les causes invoquées ont été dans 58,7% des cas, l'insuffisance des ressources matérielles, dans 8,6% le grand nombre d'enfants et dans 7,2% des indications médicales (syphilis, tuberculose, etc...).

Les risques majeurs.

L'évolution thermique, consécutive aux interventions pratiquées à l'avortarium Dostoiewski, fut dans presque tous les cas (93,4%) inférieure à 37,5°. Rarement (5,4%) la température monta de 37,6 à 38°. Exceptionnellement (1,3%) elle dépassa 38°. La perforation de l'utérus sur tout ce nombre ne fut observée que dans 0,15% des cas.

Risques de séquelles gynécologiques.

Je ne m'arrêterai point, dit Serdjukoff, sur l'avortement provoqué, qui détermine dans nombre de cas (même après intervention des spécialistes experts) diverses complications telles que: perforation, sténoses de la cavité utérine, déviation utérine, modifications inflammatoires, ou hémorragies prolongées par suite de l'interruption des fonctions ovariennes.

Influence sur les accouchements ultérieurs.

Lankowitz, élève de Serdjukoff, a examiné, sur le conseil de son maître, les effets exercés par un avortement sur les accouchements ultérieurs. Son étude a porté sur 2.383 femmes;

le premier groupe de 1.723 femmes n'avait point d'avortement dans ses antécédents; le deuxième groupe, de 661 femmes, avait dans les antécédents deux, trois, quatre avortements ou davantage encore.

Voici ses conclusions en ce qui concerne le deuxième groupe:

1° Elévation thermique 3 fois plus fréquente;

2° Durée de l'accouchement 3 fois plus longue;

3° Insertion du placenta sur le segment inférieur, 5,3 fois plus fréquente;

4° Adhérences anormales du placenta, 2,2 fois plus fréquentes;

5° Involution ralentie 4 fois plus fréquente (plus manifeste, encore, quand le nombre des avortements a été élevé);

6° Fréquence plus grande des phénomènes inflammatoires, présence habituelle de microbes pathogènes dans les lochies;

7° Fréquence plus grande de fœtus mort et macéré.

Les risques mineurs.

L'avortement provoqué, sans signes d'infection, détermine de très nombreuses affections gynécologiques, les unes sans grand inconvénient, les autres très pénibles. Du nombre est la stérilité secondaire. Chez 75 femmes soumises à l'observation pendant un à cinq ans, on a pu étudier les circonstances de cette stérilité consécutive à un avortement, maintenant regretté.

Voyons le détail des symptômes, autres que la stérilité, présentés par ces 75 femmes:

1° Dans 5% des cas, il y avait eu apparition de dysménorrhée.

2° Quelques femmes se plaignaient de douleurs hypogastriques.

3° Dans 74% des cas, on observa la diminution nette des règles à la suite de l'avortement, les règles étant devenues peu abondantes et espacées; dans 10% des cas, il s'était développé une aménorrhée tenace qui durait depuis trois, cinq et même neuf ans.

4° Dans 40% des cas, il y avait absence de désirs sexuels ou de sensations sexuelles, lesquels, au début du mariage, avant l'avortement provoqué, existaient à des degrés divers; la plupart des malades spécifiaient que cette frigidité s'était développée progressivement, en un ou deux ans après l'avortement provoqué.

5° Dans quelques cas, on notait de la dysménorrhée.

6° Dans 9% des cas, il y avait de la leucorrhée.

7° Un certain nombre de femmes présentaient de la nervosité générale, de la névrose cardiaque, les divers degrés de dermographisme rouge ou blanc, de l'instabilité du psychisme, de l'inquiétude, de l'obésité, de l'amnésie, du Basedowisme.

8° Chez de nombreuses femmes, il y avait des symptômes accusés d'infantilisme génital; dans un nombre considérable de cas, le corps de l'utérus était très petit, de consistance ferme, fibreuse, avec peu d'éléments musculaires; il présentait le tableau de l'atrophie nette (utérus parvus); le cathétérisme démontrait une cavité utérine de 4 ou 5 cm. L'atrophie est tout particulièrement marquée au début, au niveau du fond et du corps utérin, qui ont une forme plate sans aucune limite entre eux et le col; ce dernier est aussi pauvre en tissu musculaire et très ferme de consistance.

9° Dans tous ces cas, la perméabilité des trompes à l'air fut positive.

10° Dans quelques cas, l'utérus était gros, dur et fibreux et les ovaires étaient scléro-kystiques. Les cas de stérilité ont été observés principalement chez des femmes ayant subi l'avortement avant la vingtième année. Les antécédents étaient normaux. Pourtant, Serdjukoff

considère qu'il faut incriminer une certaine immaturité des organes génitaux; pour lui l'involution post-abortum s'exerçant sur un utérus immature dépasse les bornes et aboutit à une superinvolution, à un état fibroso-infantile de l'utérus. «Toute une série de mes observations, dit-il, démontre que la conservation de la gestation chez des femmes infantiles contribue au développement de l'utérus, tandis que l'avortement provoqué le stabilise à l'état infantile.»

REFLEXIONS.

Il nous est difficile de porter un jugement sur les faits rapportés par Serdjukoff, car il doit y avoir bien peu de médecins français qui aient une expérience comparable.

1° — Il est certain que la stérilité secondaire semble assez fréquente après l'avortement provoqué (1) et sur le grand nombre de femmes stériles qu'on a l'occasion d'examiner, on en a vu un assez bon nombre, et il s'agit, en général, de cas difficilement curables et parfois incurables.

2° — L'élévation thermique, les lochies impures, lors des accouchements ultérieurs, n'est pas pour nous surprendre; on conçoit que, malgré toutes les précautions prises, un avortement artificiel puisse réaliser un ensemencement microbien dont les effets nocifs se manifestent à une époque éloignée, on voit des cas analogues où l'infection de l'utérus remontait non à un avortement, mais à des tripotages singuliers lors d'un accouchement antérieur.

3° — La fréquence des macérés n'étonnera que les confrères simplistes pour qui «macération» «syphilis» parce que la syphilis est une cause fréquente de macération: une métrite

(1) Il va de soi qu'il ne faut pas confondre ces cas avec ceux de stérilité consécutive à un avortement spontané naturel; on doit alors incriminer non pas tant le fait de l'avortement que la cause elle-même du dit avortement.

chronique déterminée par le mécanisme envisagé au précédent paragraphe, d'autres affections générales ou locales peuvent tuer l'enfant et permettre sa macération.

4° — La fréquence des adhérences placentaires anormales n'a pas besoin d'être expliquée, il en est de même dans bien des cas où l'on a employé auparavant cette opération simple, trop simple, qu'est le curetage. Le curetage est, sans doute, la cause la plus fréquente des délivrances incomplètes. Demelin a justement insisté sur ce fait: des publications parues dans les pays les plus divers l'ont surabondamment établi et le travail de Serdjukoff vient en donner une nouvelle preuve.

DIAGNOSTIC.

I. — Le diagnostic d'avortement criminel est loin d'être toujours facile à poser.

Quelquefois, une femme vient trouver le médecin pour lui avouer spontanément sa conduite criminelle, et parfois aussi sa crainte. En pareil cas, le diagnostic n'offre pas de difficulté: il suffit de s'assurer qu'il y a réellement grossesse et de chercher les signes de la fausse couche. Mais c'est là une éventualité bien rare.

Le plus souvent, l'intéressée cherche à cacher sa faute et, dans ce but, elle ne ménage ni les mensonges ni les inventions les plus bizarres pour y arriver.

Deux alternatives peuvent alors se présenter:

Dans la première, l'avortement est constaté par le médecin bien aiguillé par les renseignements que fournit la femme; ce n'est que sur l'étiologie véritable que la malade trompe ou cherche à tromper si on mène l'interrogatoire dans ce sens. Il est souvent difficile, il est impossible même de pousser le diagnostic plus loin que: fausse couche, car il n'est pas de symptômes patho-gnomoniques de la provocation, en dehors de la constatation de blessures à caractères spéciaux des organes génitaux internes, ce qui est loin d'être la règle. Tout au plus pourra-t-on avoir des présomptions.

Ayant éliminé les causes d'avortement spontané (maladie aiguë de la mère, tares maternelles ou paternelles, lésions ou déviations utérines, etc...), on se méfiera des traumatismes accidentels si souvent invoqués par les femmes en pareil cas, surtout lorsqu'on n'en retrouvera aucune trace sur les autres parties du corps de la victime...

La brusquerie de l'apparition du travail, l'absence de prodromes, l'existence d'hyperthermie surtout précoce, la soudaineté d'apparition de phénomènes péritonéaux graves accompagnant un début d'avortement, seront en faveur d'une provocation criminelle.

Souvent, en pareil cas, la malade est visiblement réticente, ou se coupe dans ses réponses si on multiplie les questions, ou indique des choses invraisemblables... Rien que l'interrogatoire adroitement mené peut donner des indices.

Mais au point de vue légal, si la femme avoue franchement s'être fait avorter, le médecin expert n'a pas la qualité pour recevoir les aveux. On doit conseiller à la femme de demander à être entendue par le juge d'instruction et celui-ci soumet les réponses de l'inculpée au médecin et demande son interprétation.

Dans la seconde alternative, la parturiente cherche à cacher même sa fausse couche, déformant à dessein les symptômes subjectifs et les antécédents de l'affection dont elle souffre, cherchant à marquer les symptômes objectifs, embrouillant tout à loisir pour égarer le médecin.

Il est parfois excessivement difficile de s'y retrouver en pareil cas, et les erreurs les plus graves peuvent être commises, surtout lorsque les signes de fausse couche sont masqués ou que cette dernière est terminée ou en partie faite et que seuls persistent ceux d'une complication.

Il faut d'abord identifier une affection génitale ou à point de départ tel: il faut ensuite séparer l'avortement des autres affections génitales pouvant le simuler.

Or, on peut être emporté parfois bien loin en présence de phénomènes généraux nets sans signes bien apparents de loca-

lisation sur aucun appareil; c'est alors qu'il faut avoir présente à l'esprit la possibilité d'un avortement, et rechercher s'il n'y a pas grossesse, car celle-ci est cachée ou niée le plus souvent, s'il n'y a pas perte sanguine même légère, si l'utérus n'est pas gros, mou, à col entr'ouvert ou parfois si le vagin ne renferme pas de sang noirâtre à odeur fétide.

De grosses erreurs ont été commises en pareil cas, l'avortement étant pris pour une appendicite, une grossesse ectopique rompue, une annexite banale...

Aussi, devant la fréquence actuelle des pratiques abortives, devrait-on toujours penser à l'avortement chez une femme lorsque le diagnostic est hésitant, de même qu'il faut tout de suite penser à la grossesse en cas d'aménorrhée. Car, dans certains cas, il est particulièrement utile de faire un diagnostic exact et surtout précoce en raison du traitement à instituer, souvent urgent.

II. — *Examen du produit de l'avortement.*

Quand l'avortement est précoce, la recherche de l'œuf ne va pas sans de sérieuses difficultés et, même alors que le médecin est présent au moment de l'expulsion, il lui est parfois impossible de retrouver, au milieu des caillots, l'œuf ou l'embryon. M. Vibert, dans un tableau, indique l'état de l'embryon et du fœtus aux divers âges de la vie intra-utérine. On y trouve la longueur, le poids, les points d'ossification, les états des divers organes de l'embryon ou du fœtus, suivant le temps de la gestation.

Le professeur Brouardel y ajoute quelques indications complémentaires. Jusqu'à deux mois et demi, l'œuf se présente sous la forme d'une vésicule sphéroïde ou ovoïde, molle, s'affaissant plus ou moins sur elle-même et dont la surface externe est tomenteuse. Pour le retrouver, on place les caillots dans l'eau et on les dissocie avec précaution, ce qui permet de le reconnaître, grâce aux villosités qui recouvrent sa surface.

Vers la fin de la quatrième semaine, l'œuf a 25 ou 30 millimètres.

Au quarantième jour, il a 30 à 35 millimètres.

Au cinquantième, il a 40 à 45 millimètres.

A partir du deuxième mois, les villosités choriales commencent à se développer uniquement sur le point de la surface qui correspondra ultérieurement au placenta.

Quant à l'embryon contenu dans l'œuf, vers la fin du premier mois, il a 6 à 8 millimètres de longueur, est mou, peu consistant et très difficile à reconnaître.

A la fin du deuxième mois, il a environ 25 à 39 millimètres: les yeux, la fente buccale, le nez et les extrémités des membres sont indiqués.

PRONOSTIC.

Pour le pronostic de l'avortement criminel, il faut tenir compte de ce fait que bon nombre de cas peuvent se dérouler sans incident notable et échapper ainsi aux soins des médecins, les femmes ne faisant appel à la compétence que dans les cas compliqués, ou lorsqu'elles craignent seulement une complication.

Par contre, du fait que les femmes cherchent plutôt à se cacher, dans ces conditions, il résulte qu'en cas d'accident, même sérieux, elles hésitent souvent avant d'appeler à leur secours la sage-femme ou le médecin: le retard apporté ainsi dans les soins donnés, particulièrement quand une intervention est nécessaire, peut, de ce fait, aggraver le cas.

L'état psychique un peu particulier aux avortées agit dans le même sens; presque toujours inquiètes et anxieuses une fois les accidents déclarés, souvent affolées, jamais tranquilles d'esprit: ceci ne peut manquer d'influer sur la résistance de leur organisme à l'infection, en la diminuant plutôt.

Ces deux raisons viennent encore grever le pronostic de l'avortement criminel.

On peut donc dire que les femmes qui cherchent à se faire avorter s'exposent, inconsciemment peut-être, à des dangers considérables, elles exposent même leur vie: la morbidité est considérable et la mortalité appréciable.

CONCLUSION.

L'avortement suit donc une courbe croissante dans tous les pays civilisés et les dangers qu'il fait courir pour la vie ou la santé, pas plus que les barrières sévères du code pénal, n'arrivent à l'endiguer.

Dans de nombreux cas, la misère est extrême, cependant peut-on penser à donner libre cours à toutes les tendances abortives?

Comment arrêter ces tendances?

On les arrêtera non seulement par la loi, mais surtout en modifiant d'abord certaines conceptions vétustes envers l'enfant illégitime et en imposant le respect de toute grossesse, fût-elle illégitime.

Ensuite en rendant la vie plus facile à la mère et à l'enfant. Quand toutes ces conditions auront été remplies, la sanction de l'avortement sera justifiée et tous les moyens devront être mis en œuvre pour combattre ce qui sera alors un crime. C'est alors qu'incombera au médecin en général et au médecin légiste en particulier la tâche de dépister tous les moyens employés par le public pour ses interventions criminelles. Au fur et à mesure qu'augmentera l'activité du médecin, le public s'ingéniera, de son côté, à trouver de nouveaux moyens plus perfectionnés.

Mais cette circonstance ne devra en rien décourager le médecin-légiste dans l'accomplissement de sa tâche. Au contraire, l'ardeur qu'il mettra à combattre ce fléau augmentera avec les difficultés, car dans l'état actuel de la science, il convient d'avoir quelque méfiance d'un avortement artificiel, si soigneusement qu'il soit fait: l'idée métaphysique de punition, l'idée plus terre à terre qu'il ne fait pas bien interrompre la marche naturelle des phénomènes semblent bien s'accorder avec les enseignements de la clinique.

Vu:
Le Président de Thèse:
Chavigny.

Vu:
Le Doyen:
P. Merklin.

Vu et permis d'imprimer.
Strasbourg, le 15 avril 1933.

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université:
E. ROTHE.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALESSANDRY. — Considération médico-légale et sociale sur le néomalthusianisme et l'avortement criminel. Thèse Paris 1926.
2. AUDEBERT. — De l'avortement criminel. (Archives internationales de neurologie 1928.)
3. BROUARDEL. — L'avortement.
4. BUMM. — Précis d'obstetrique.
5. CASANOVA. — Diagnostic de l'avortement criminel. Thèse Strasbourg 1928.
6. CHAVIGNY. — Observations personnelles jusqu'en 1932. Institut de Médecine légale, Strasbourg.
7. DUCLERGET. — Contribution à l'étude de l'avortement provoqué. Thèse Nancy 1921-22.
8. ERICH KRITZKE. — Die Behandlung der Abtreibung im künftigen Strafrecht. Thèse Berlin 1930.
9. MINOR. — La législation des avortements en U. R. S. S. Thèse Paris 1928.
10. PAUL CHARLES. — Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. Thèse Paris 1905-1906.
11. ROUYER. — Les applications jurisprudentielles de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation de l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Thèse Paris 1923.
12. TARDIEU AMBROISE. — Etude médico-légale sur l'avortement. Thèse Paris 1920.
13. TOURRIS. — Considérations médico-légales sur les perforations gangreneuses de l'utérus de siège anormal dans l'avortement criminel. Thèse Bordeaux 1924.
14. VIGNES. — A propos d'un procédé de prophylaxie anticonceptionnelle. Société de Médecine légale. Décembre 1931.
15. SACHS E. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie 1932. S. 102. Tome 3.
16. Siècle Médical, 15 Mars 1932.